

DEMANDE D'ALLOCATION DE SOINS POUR PERSONNES ÂGÉES

Referenz: FbGS.KC.VD/19.02-00.07.04.03/23.67

Informations générales

Vous pouvez utiliser le formulaire ci-joint pour introduire votre demande d'allocation de soins pour personnes âgées.

Cette demande doit être complétée **par la personne âgée (ou avec l'aide d'une personne / d'un prestataire de services)**, son mandataire ou son représentant légal. Nous vous demandons donc de remplir le formulaire et de nous le renvoyer signé.

Nous vérifierons ensuite si vous avez droit à l'allocation de soins pour personnes âgées. Nous collectons également vos données de santé afin de déterminer votre catégorie d'allocation de soins. Vous serez informé(e) par écrit de la décision prise dans un délai de 60 jours ouvrables.

Pour toute question supplémentaire, n'hésitez pas à nous contacter.

Si vous êtes soumis à la sécurité sociale d'un autre pays, la Communauté germanophone ne sera pas en droit de vous payer l'allocation de soins pour personnes âgées. Vous pourriez toutefois avoir droit à une prestation similaire dans votre pays d'affiliation.

À remplir par le Ministère!

Réceptionné par :

Date :

- La demande est introduite par la personne âgée
(ou avec l'aide d'une personne/ d'un prestataire de services)
- La demande est introduite par un mandataire
- La demande est introduite par un représentant légal
 - Administrateur
 - Médiateur de dettes

1. PERSONNE ÂGÉE

1.1. Informations générales

Monsieur Madame

Prénom :

Nom :

Numéro de registre national : ..-.

Rue, numéro :

Code postal, localité, pays :

Téléphone / GSM :(à remplir s.v.p.)

Adresse mail :

Langue : Allemand Français

Pour les personnes âgées résidant à l'étranger et dont le siège d'exploitation du dernier employeur se situait sur le territoire de langue allemande de Belgique, veuillez joindre une preuve qui l'atteste (fiche de paie, extrait de www.mypension.be, ...).

1.2. Mutualité

Mutualité :

Vignette :

Veuillez coller ici une vignette actuelle !

1.3. Coordonnées bancaires de la personne âgée

IBAN :

BIC :

Si vous ne disposez pas de compte personnel, veuillez en ouvrir un. Veuillez joindre à cette demande une copie de votre carte bancaire ou un justificatif de votre banque indiquant que vous êtes titulaire du compte.

1.4. Autres prestations

Je perçois une allocation de remplacement de revenus

② Une allocation que l'on reçoit entre l'âge de 18 et 65 ans et qui sert à compenser les revenus que l'on ne peut pas gagner en raison de son handicap. Cette allocation est payée par le SPF Sécurité sociale (Direction générale Personnes handicapées).

Je perçois une allocation d'intégration

② Une allocation que l'on reçoit entre l'âge de 18 et 65 ans et qui sert à compenser les frais supplémentaires qu'une personne handicapée encourt afin de pouvoir participer à la vie sociale. Cette allocation est payée par le SPF Sécurité sociale (Direction générale Personnes handicapées).

Je perçois une allocation (allocation perçue en raison d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle)

② Une allocation que l'on reçoit en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et qui sert à indemniser financièrement le pourcentage fixé de l'incapacité de travail. Cette allocation vous est accordée et payée par Fedris (Agence fédérale pour les risques professionnels), une assurance ou par votre ancien employeur.

J'ai perçu une allocation d'aide aux personnes âgées dans les 3 derniers mois dans une autre entité fédérée

en Wallonie (AViQ)

à Bruxelles (Iriscare)

en Flandre (Vlaamse sociale Bescherming)

À remplir uniquement si vous vivez à l'étranger :

Je reçois des prestations en nature à l'étranger (par ex. un soutien dans la vie quotidienne par un service de soins)

Pays et autorité compétente :

.....
.....
.....

❓ Par prestations en nature, on entend aussi bien des choses matérielles que des prestations fournies par des personnes, comme par exemple une aide au quotidien par un service de soins. Si vous recevez une prestation en nature à l'étranger qui poursuit le même but que l'allocation de soins, l'allocation de soins pour personnes âgées de la Communauté germanophone sera diminuée du montant de cette prestation en nature étrangère, conformément à la législation européenne.

2. IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL

2.1. Informations générales

Monsieur Madame

Prénom :

Nom :

Rue, numéro :

Code postal, localité, pays :

Téléphone / GSM :(à remplir s.v.p.)

Adresse mail :

Langue : Allemand Français

Le représentant légal reçoit automatiquement une copie de toute la correspondance.

En tant que représentant légal de la personne âgée, veuillez joindre à la présente demande une preuve de votre lien avec la personne âgée (décision de justice, ...).

② L'identité du représentant légal est déterminée par une décision de justice. Ce représentant prend en charge vos affaires administratives et financières. Cette personne peut être un médiateur de dettes ou un administrateur de biens.

3. MANDATAIRE

② Dans cette section, vous **pouvez** indiquer une personne de contact mandatée, à condition qu'elle ne soit pas votre représentant légal. La personne de contact mandatée peut être votre fille, votre fils, un frère,..., qui prend en charge vos tâches administratives.

3.1. Informations générales

Monsieur Madame

Prénom :

Nom :

Rue, numéro :

Code postal, localité, pays :

Téléphone / GSM :(à remplir s.v.p.)

Adresse mail :

Langue : Allemand Français

3.2. Correspondance et renseignements

Je souhaite que la personne de contact indiquée :

reçoive toute correspondance en copie

puisse obtenir des informations sur mon dossier
sur demande téléphonique

Toutes les décisions sont automatiquement transmises en copie à la personne de contact mandatée.

4. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

Je confirme :

- que toutes les données communiquées sont exactes et complètes.
- que j'ai pris connaissance des informations générales figurant sur la première page de ce formulaire.
- que je communiquerai à l'avenir tout changement dans ma situation administrative ou de santé dans les meilleurs délais.

Date

Signature et nom du demandeur

...../...../.....

.....

Le Ministère de la Communauté germanophone est le responsable du traitement de vos données conformément au Règlement général sur la protection des données (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 et à ses dispositions d'exécution. Il utilise ces données conformément au chapitre 5 du décret du 27 juin 2022 relatif à l'allocation de soins pour personnes âgées et uniquement pour une durée de 5 ans en cas de refus à partir de la fin du mois au cours duquel la demande a été introduite, en cas d'octroi à partir de la fin du mois au cours duquel le droit a été ouvert pour la dernière fois ou à partir de la fin du mois au cours duquel toute procédure administrative ou judiciaire a pris fin. Nous nous tenons à votre disposition pour toute question supplémentaire. Vos droits de la personnalité font donc l'objet d'une considération particulière. Vous trouverez de plus amples informations sur le respect de vos droits sur le site www.ostbelgienlive.be/datenschutz.

Vous pouvez joindre notre délégué à la protection des données, M. Wilfried Heyen, à l'adresse datenschutz@dgov.be.

Les plaintes relatives à la protection des données peuvent être adressées à l'autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles.
Pour plus d'informations : <https://www.datenschutzbehörde.be>